Co-lecho en las unidades de cuidados intensivo neonatales: Una nueva aventura

Cheryl R. Taylor, RNC, MSN, CNNP, Kimberly L. LaMar, RNC ND, CNNP
Comentario: Lic. Marcela Arimany

Resumen:
Con los avances, en los últimos años, del cuidado obstétrico y neonatal, el número de nacimientos múltiples y de prematuros que ingresan a las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) ha aumentado.

Al empezar a reconocer el especial vínculo que comparten mellizos y demás bebés de nacimiento múltiple, el co-lecho emerge como una práctica dentro de la UCIN. Como cualquier cambio, la introducción del co-lecho, presentó muchos desafíos.

Los beneficios teóricos y potenciales son muchos.

A pesar de que tanto el plantel de enfermería como los padres, se encontraban muy entusiasmados con el propósito de juntar ambos bebés en la misma cuna, se necesitan cuidadosas investigaciones y planificaciones, para cualquier nuevo procedimiento. Este artículo comenta cómo se implementó el co-lecho en la Universidad de Michigan. Como toda nueva práctica, el co-lecho aguarda nuevos estudios especialmente teniendo en cuenta sus beneficios y su implementación en la UCIN.

Revisión de la Literatura:
Mediante una revisión de la literatura y atendiendo a los cuidados que ya se brindan a los prematuros, este artículo describe que, si bien con los avances en el campo de la obstetricia, el aumento de los partos prematuros y los embarazos múltiples genera la necesidad de mejorar los cuidados de enfermería e ir implementando nuevos, se requiere de un crecimiento científico y humanístico fundamental para ponerlos en práctica.

A través del cuidado para el neurodesarrollo, utilizando acciones como disminuir los estímulos auditivos, visuales o táctiles, organizar las tareas en relación a las necesidades del bebé, mantener posturas fisiológicas y demás cuidados se busca la autorregulación del prematuro. Este grupo de enfermeras consideró que implantar el cuidado de co-lecho con su o sus hermanos mellizos, sería una herramienta más de auto-. rregulación ya que les permite seguir manteniendo el vínculo tan estrecho que tenían intraútero.

Se observó también que a los padres les generaba una respuesta favorable y positiva hacia este nuevo cuidado.

Para implementarlo se basaron en estudios previos donde describían el cuidado, sus beneficios y sus riesgos. Algunos estudios se basaban en que el co-lecho promueve los cuidados centrados en la familia, permite más participación a los padres y de esta manera fortalece el vínculo padre e hijo, resultando éste un buen entrenamiento para el día del regreso a casa. Desde los aspectos fisiológicos, beneficia el neurodesarrollo, optimiza la termorregulación, disminuye los eventos cardiorrespiratorios, mejora los ciclos de sueño/ vigilia, y consecuentemente también disminuye los días de internación.

Otros estudios prospectivos (La Mar y Taylor) examinaron la incidencia de infección, y comprobaron que el procedimiento no aumenta el rango de infección.

Un grupo de enfermeras de la Universidad de Michigan, luego de reveer la literatura y atravesar algunas dificultades, lograron implementarlo. Para ello realizaron un protocolo, brindaron educación a las enfermeras, desde la transmisión verbal, colocando afiches con fotos en la unidad mostrando la postura correcta y enviando correos electrónicos con información continua sobre el procedimiento.

Según los criterios de inclusión y exclusión, incluían bebés mayores de 34 semanas, de 7 días de vida o más, en incubadoras programadas en modo aire para control de temperatura, y con el consentimiento verbal de los padres para comenzar el protocolo. No incluían bebés con asistencia respiratoria mecánica, con catéteres umbilicales o con requerimiento de luminoterapia.

También se realizaron charlas y guías para los padres para familiarizarlos con esta nueva modalidad.

El co-lecho comenzaba después que los padres brindaban su consentimiento verbal. Como uno de los criterios de inclusión era que debía utilizarse después del 7º día de vida, había tiempo para el diálogo con los padres, para explicarles algunos de sus beneficios. Se los notificaba cuándo iba a comenzar la práctica y así de esta manera, ellos podían sentirse incluidos en el cuidado.



El desafío fue muy motivador relacionado a la respuesta de los bebés y las familias.

Comentario
El co-lecho es un cuidado más, que necesita de la investigación para otorgarle rigor científico. Lo más importante es que requiere amplitud de criterio y poder utilizar la evidencia



disponible adaptándola a las necesidades de los bebés con el fin de mejorar la calidad de atención. Una mirada clínica que se base no sólo en las necesidades terapéuticas, sino también en las necesidades emocionales, contribuye a mejorar la salud de los bebés.

Estas necesidades, por considerarse cualitativas y subjetivas, generalmente no son tenidas en cuenta. La inclusión de los padres en este cuidado, como en tantos otros, todavía en muchos lugares sigue siendo una asignatura pendiente, por eso enfermería se convierte en el referente de ellos. Tenemos mucho por hacer, muchos paradigmas por cambiar y algunas preguntas por responder:

¿Sabemos lo que nuestro paciente y su familia necesita? ¿Tenemos la capacidad de interpretarlos?

Es importante que las enfermeras comencemos a investigar e incorporar cuidados basados en nuestras incumbencias, saber que este cuidado puede cambiar el paradigma en nuestras UCIN, que requiere de protocolos de implementación y que los beneficios para los gemelos y para los padres son alentadores.

El desafío es diferente en cada UCIN; las exigencias y los objetivos, son propios, pero debemos tener en cuenta, que hay un objetivo común, y éste es priorizar las necesidades de los pacientes y sus familias y el cuidado que ellos requieren.

Esto depende en gran parte de nuestras aptitudes y actitudes, de nuestra postura profesional y del perfil de cuidado que estemos dispuestos a desarrollar.